

Sterfte door drugs: wat zeggen de aantallen?

Margriet van Laar • Guus Cruts • Ingeborg Deerenberg

Sterfte geldt als de meest ernstige maar doorgaans vermijdbare uitkomst van drugsgebruik. Op Europees niveau is de drugssterfte daarom gekozen als een van de graadmeters voor de ernst van drugsproblematiek. Een toename of afname van het aantal drugsdoden kan wijzen op falen of succes van het preventie- en zorgbeleid. Vergelijkingen tussen landen snijden echter geen hout indien geen rekening wordt gehouden met verschillen in definities van drugssterfte en de wijze van registreren en rapporteren. In dit artikel beschrijven wij trends in de drugsgelateerde sterfte in Nederland volgens het protocol van het European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). Vergeleken met andere Europese landen die dit protocol hebben toegepast, is het aantal drugsdoden in Nederland laag. Presteert ons land inderdaad zo goed, of zijn er nog andere verklaringen mogelijk?

Inleiding

Westerse landen beschikken over wettelijk geregelde doodsoorzakenstatistieken. Dit vanwege het algemeen belang van deze statistieken om inzicht te geven in de doodsoorzaken die voorkomen onder de bevolking. Voor Nederland is het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) de houder van de Doodsoorzakenstatistiek. Ook sterfte gerelateerd aan alcohol, tabak en drugs wordt bijgehouden in de Doodsoorzakenstatistiek. Drugsgelateerde sterfte is van belang als kernindicator voor het

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). Jaarlijks rapporteren de EU-landen zeven- tot negenduizend acute sterfgevallen ten gevolge van drugsgebruik. De meeste slachtoffers zijn jonge mannen tussen de twintig en veertig jaar die al een aantal jaren opiaten gebruiken. Een significant percentage van de overdoses had voorkomen kunnen worden (EMCDDA, 2005).

Het EMCDDA werd opgericht om over de lidstaten van de Europese Unie voor vijf kernindicatoren objectieve, betrouwbare en vergelijkbare cijfers over drugsgebruik te verzamelen. De vijf kernindicatoren zijn: drugsgebruik in de algemene bevolking, problematisch drugsgebruik, de hulpvraag voor problematisch gebruik, drugsgelateerde ziekten en drugsgelateerde sterfte. Het EMCDDA ontwikkelt protocollen om gegevens te verzamelen voor deze vijf kernindicatoren.

Protocol EMCDDA

Drugsgelateerde sterfte bestaat uit directe en indirecte sterfte. Krijgt iemand een dodelijke hoeveelheid drugs binnen, dan is die overdosis drugs de directe doodsoorzaak. Stel dat iemand een auto bestuurt onder de invloed van drugs. Door de drugs daalt het concentratievermogen en verslapt de aandacht. Daardoor krijgt de bestuurder een ongeval waaraan hij overlijdt. Het dodelijke verkeersongeval is dan de directe doodsoorzaak. De drugs zijn een indirecte oorzaak van het overlijden. Meer in het algemeen hangt problematisch drugsgebruik samen met een ongezonde leefstijl. Door de ongezonde manier van leven overlijden probleemgebruikers gemiddeld eerder dan mensen met een gezondere leefstijl. Ook de sterfte door een infectieziekte die

Margriet van Laar, en, (✉)

Dr. M.W. van Laar is programmahoofd bij het Trimbos-instituut voor het Programma Nationale Drug Monitor en Focal Point (NDM/FP), Postbus 725, 3500 AS Utrecht. E-mail: mlaar@trimbos.nl.

werd opgelopen via injecterend drugsgebruik, valt onder de indirecte sterfte. In dergelijke gevallen kan er geruime tijd verlopen tussen het feitelijke drugsgebruik en het moment van overlijden (zoals bij AIDS). De directe sterfte wordt zichtbaar in doodsoorzakenstatistieken. De indirecte sterfte is doorgaans niet uit doodsoorzakenstatistieken af te leiden en kan het beste worden vastgesteld in een groep drugsgebruikers die over een langere periode wordt gevolgd.

Voor de directe sterfte door drugs heeft het EMCDDA een protocol ontwikkeld. Dit protocol is de Drug-Related Deaths Standard (versie 3; Van Laar e.a. 2002). Het protocol schrijft voor welke gevallen uit de Doodsoorzakenstatistiek meetellen voor de directe sterfte door drugs. De toepassing van dit protocol in Nederland wordt begeleid door de Werkgroep Drugsgelateerde sterfte van de Nationale Drug Monitor (NDM)¹, waarin medewerkers zijn vertegenwoordigd van het CBS, GGD'en, het Ministerie van VWS, het Nederlands Forensisch Instituut (NFI) en het Bureau NDM van het Trimbos-instituut. Het CBS registreert doodsoorzaken volgens de International Classification of Diseases (ICD) van de World Health Organization (WHO, 1992). Van 1979 tot en met 1995 codeerde het CBS volgens de negende versie: de ICD-9. In 1996 schakelde het CBS over op de tiende versie: de ICD-10.

Het EMCDDA-protocol richt zich in hoofdzaak op illegale drugs zoals de opiaten (o.a. heroïne), synthetische narcotica (o.a. methadon), cocaïne, overige stimulerende middelen (o.a. amfetamine), cannabis en hallucinogenen (o.a. LSD). In Nederland spelen cannabis en hallucinogenen overigens geen rol van betekenis als directe doodsoorzaak. Verder richt het protocol van het EMCDDA zich op combinaties van illegale drugs. Er zijn verschillende redenen waardoor iemand een dodelijke overdosis kan binnenkrijgen van een illegale drug. Een overdosis kan het gevolg zijn van verslaving aan de drug (afhankelijkheid), misbruik van de drug, een ongeluk met de drug of door opzet (suicide).

De wijze waarop bij een overdosis de dood intreedt, verschilt al naar gelang de werking van de betreffende drug. Opiaten zoals heroïne en methadon hebben een dempende werking, in tegenstelling tot stimulerende middelen zoals cocaïne, amfetamine en ecstasy. Iemand die een overdosis opiaten binnenkrijgt raakt bewusteloos en overlijdt uiteindelijk doordat de ademhaling stopt. Grote hoeveelheden cocaïne, amfetamine of ecstasy kunnen het lichaam dermate oppeppen, dat dit leidt tot een dodelijke

overbelasting voor met name het hart- en vaatstelsel of tot een dodelijke oververhitting.

Is een drug de directe doodsoorzaak, dan vindt in technisch opzicht het overlijden plaats doordat het slachtoffer door de betreffende drug wordt vergiftigd. Vindt de vergiftiging echter plaats in het kader van een achterliggende verslaving of een andere psychische stoornis, dan wordt volgens het ICD-10-classificatiesysteem het overlijden gecodeerd onder de psychische en gedragsstoornissen. Alleen als de overledene niet bekend stond als drugsmisbruiker of drugsverslaafde, wordt het overlijden gecodeerd onder vergiftiging. Het EMCDDA-protocol voor ICD-10-gecodeerde doodsoorzakenstatistieken telt al met al de volgende oorzaken mee voor het bepalen van de drugsgelateerde sterfte:

1. psychische stoornissen en gedragsstoornissen;
2. misbruik;
3. verslaving (afhankelijkheid);
4. overige stoornissen;
5. niet-opzettelijke vergiftiging;
6. opzettelijke vergiftiging (suicide);
7. vergiftiging waarvan niet vastgesteld is of deze met opzet of niet met opzet heeft plaatsgevonden.

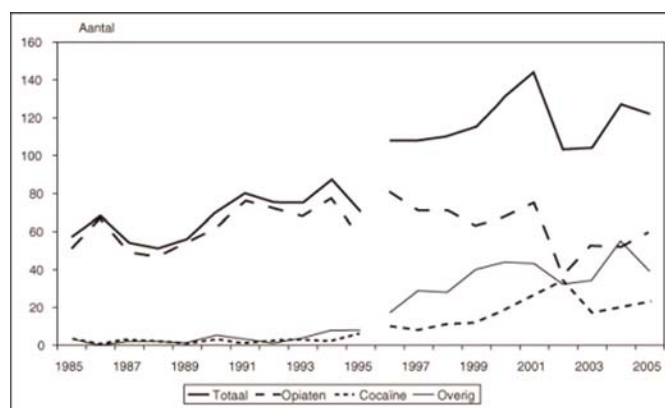
Geregistreerde aantallen

Figuur 1 en tabel 1 tonen de geregistreerde aantallen drugsgelateerde sterfgevallen in Nederland in de perioden 1985-1995 en 1996-2005. De aantallen zijn geselecteerd volgens het EMCDDA-protocol. Figuur 1 en tabel 1 geven de totale sterfte door alle drugs en de sterfte apart door opiaten en cocaïne.

Van 1985 tot en met 1995 zijn de doodsoorzaken geregistreerd in ICD-9-codes. Vanaf 1996 worden ICD-10-codes gebruikt. Het protocol voor ICD-9 is niet volledig vertaalbaar naar het protocol voor ICD-10. Vergeleken met de ICD-9 biedt de ICD-10 betere mogelijkheden om drugsgelateerde sterfte te coderen. De plotselinge stijging in het aantal gevallen tussen 1995 en 1996 is dan ook naar alle waarschijnlijk het gevolg van het beter zichtbaar worden van de drugsgelateerde sterfte in ICD-10 vergeleken met ICD-9. Vanwege deze trendbreuk kunnen de cijfers van vóór 1996 niet zonder meer vergeleken worden met de cijfers vanaf 1996.

We zien dat van 1985 tot en met 1995 een substantieel deel van de sterfte voor rekening van opiaten komt, voornamelijk heroïne. Het aandeel van de opiaten varieert van 98,5% in 1986 tot 80% in 1995. Het jaarlijkse gemiddelde schommelt rond de 62 sterfgevallen vanwege opiaatgebruik. Sterfte door een combinatie van opiaten en bijvoorbeeld cocaïne wordt doorgaans meegeteld bij

¹ Leden van de NDM-werkgroep Drugsgelateerde sterfte: drs. W. Best (Inspectie voor de Gezondheidszorg), dr. M.C.A. Buster (GGD Amsterdam), dr. K.J. Lusthof (Nederlands Forensisch Instituut), drs. W.M. de Zwart (waarnemer, Ministerie van VWS) en de auteurs van dit artikel.



Figuur 1 Geregistreerde aantallen drugsgerelateerde sterfgevallen van 1985-1995, 1996-2005, ICD-9-codes 292 (drugpsychose), 304.0, 304.2-9 (drugsafhankelijkheid), 305.2-3, 305.5-7, 305.9 (misbruik zonder afhankelijkheid), E850.0, E850.8*, E854.1-2, E855.2, E858.8* (niet-opzettelijke drugsvergiftiging), E950.0*, E950.4*(suicide, opzettelijke drugsvergiftiging), E980.0*, E980.4*(drugsvergiftiging waarvan opzet of geen opzet niet is vastgesteld). (*In combinatie met de N-codes N965.0 en/of N968.5 en/of N969.6 en/of N969.7.) Van 1996-2001, ICD-10-codes F11-F12, F14-F16, F19 (mentale en gedragsstoornissen, waaronder afhankelijkheid en misbruik), X42**, X41** (niet-opzettelijke vergiftiging), X62**, X61** (opzettelijke vergiftiging), Y12**, Y11** (vergiftiging waarvan opzet of geen opzet niet is vastgesteld). (**In combinatie met de T-codes T40.0-9, T43.6.) (Bron: Doodsoorzakenstatistieken, CBS).

de sterfte ten gevolge van opiaten. Een beduidend kleiner deel is in deze periode te wijten aan (primair) cocaïne. Het aandeel van cocaïne in het totaal varieert van slechts 1% in 1991 tot 8,6% in 1995.

Tussen 1996 en 2001 lijkt de opiaatsterfte zich verder te stabiliseren met een schommeling rond een gemiddelde van 68. In 2002 trad een scherpe daling op naar 37 gevallen. Deze trend heeft zich in de jaren daarna niet voortgezet. Het CBS registreerde van 1996 tot en met 2005 in totaal 631 sterfgevallen waarbij opiaten de primaire doodsoorzaak waren, ofwel 54% van de totale drugssterfte in deze periode.

De sterfte waarbij cocaïne als primaire doodsoorzaak staat geregistreerd is naar verhouding gering, maar vertoont een stijgende trend van tien gevallen in 1996 naar 34 gevallen in 2002. Deze stijgende trend in de Doodsoorzakenstatistiek komt overeen met de toename in het gebruik van cocaïne, het problematisch gebruik en de vraag naar hulp bij problematisch gebruik (Van Laar e. a., 2006). De stijgende trend in de cocaïensterfte heeft zich echter tussen 2003 en 2005 niet voortgezet. In totaal overleden tussen 1996 en 2005 180 mensen aan de (directe) gevolgen van cocaïnegebruik. Dat is 15% van de totale drugssterfte in deze periode.

Sinds 1996 vindt er met enige fluctuatie ook een opvallende stijging plaats in de sterfte door andere drugs. De sterfte door drugs anders dan cocaïne en heroïne steeg van 21 gevallen in 1996 naar 47 gevallen in 2001. Afgezien van een enkel sterfgeval vanwege amfetamine, is hier niet aan de codes af te lezen om welke middelen of combinaties van middelen het precies gaat. Nadere inspectie door het CBS van de informatie op de doodsoorzakenformulieren heeft

wel uitgewezen dat hier overwegend 'harddrugs' in het spel zijn, al dan niet in combinatie met andere middelen.

Profiel naar leeftijd, geslacht en doodsoorzaak

Figuur 2 en tabel 2 tot en met 6 tonen de percentages sterfgevallen van 34 jaar en jonger en de percentages sterfgevallen ouder dan 34 jaar. Daarbij zijn de cijfers telkens gemiddeld over drie registratiejaren.

Tussen 1985 en 2005 heeft zich een opvallende stijging voorgedaan in de leeftijd van overlijden vanwege drugsgebruik. Was in 1985-1987 slechts 16 procent van de drugsgebruikers ouder dan 34 jaar, bijna twintig jaar later valt twee derde van de gevallen in deze leeftijdsgroep. Deze trend komt overeen met de veroudering van de populatie harddrugsverslaafden.

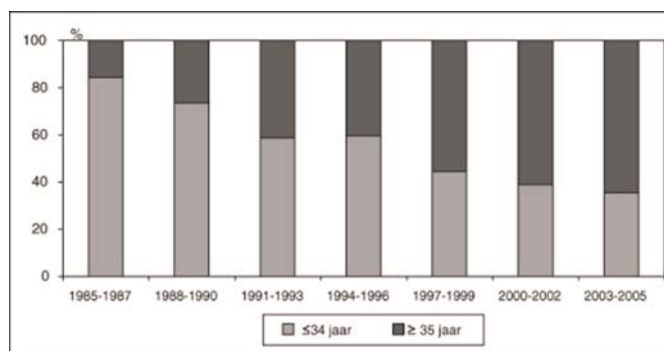
In de periode 1996-2005 is het percentage vrouwen gemiddeld 21. Dit komt goed overeen met de man-vrouwverdeling onder de problematische gebruikers van opiaten en cocaïne in de ambulante verslavingszorg in 2001, namelijk 80% man en 20% vrouw (IVZ, 2003).

Meer dan de helft (57%) van de sterfgevallen tussen 1996 en 2005 betrof niet-opzettelijke vergiftiging met drugs. In een kwart (26%) staat een opzettelijke vergiftiging ofwel suicide als primaire doodsoorzaak geregistreerd. Op de derde plaats staan psychische stoornissen, zoals afhankelijkheid (10%). In een beperkt aantal gevallen kon niet worden vastgesteld of de vergiftiging opzettelijk of niet opzettelijk was.

Tabel 1

	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Totaal	57	68	54	51	56	70	80	75	75	87	70	108	108	110	115	131	144	103	104	127	122
Opiaten	51	67	49	47	54	62	76	72	68	77	56	81	71	71	63	68	75	37	53	52	60
Cocaïne	3	1	3	2	1	3	1	2	3	2	6	10	8	11	12	19	26	34	17	20	23
Overig	3	0	2	2	1	5	3	1	4	8	8	17	29	28	40	44	43	32	34	55	39

Figuur 2. Leeftijdsverdeling van drugsgerelateerde sterfgevallen, vanaf 1985.



Internationale vergelijking

Zes lidstaten van de EU-15 en Noorwegen beschikken over een ICD-10-gecodeerde Doodsoorzakenstatistiek en zijn in staat om het EMCDDA-protocol toe te passen. Voor deze landen geven figuur 3 en tabel 3 het aantal gevallen van acute drugssterfte per honderdduizend inwoners. De cijfers hebben betrekking op 2002, behalve die voor Denemarken (2001). Recentere cijfers zijn helaas nog niet beschikbaar, aangezien het enkele jaren vergt om deze gegevens op het niveau van de Europese Unie te verzamelen.

Het aantal gevallen van drugssterfte varieert van 0,6 tot zes per honderdduizend inwoners. Nederland staat daarbij op de laagste positie. Opvallend is het grote aantal in Noorwegen. Van begin jaren negentig tot 2001 is de geregistreerde drugssterfte in dat land sterk gestegen. Dit komt mogelijk door de toename in injecterend drugsgebruik en polydrugsgebruik - met name de combinatie van heroïne, alcohol en/of de benzodiazepine Rohypnol® - en de ruime beschikbaarheid van heroïne. Sinds 2002 neemt het aantal drugsdoden in Noorwegen beduidend af. De sterke groei van het aantal opiaatgebruikers in substitutiebehandeling (methadon en buprenorfine), de uitbreiding van de laagdrempelige hulpverlening en het aan banden leggen van de handel in Rohypnol® spelen bij deze daling waarschijnlijk een rol (SIRUS, 2004).

Stand voor Nederland

Op het niveau van de data-extractie voldoet de Doodsoorzakenstatistiek van het CBS aan het protocol van het EMCDDA (Van Laar e.a., 2002). Dat wil zeggen dat het mogelijk is om precies die ICD-codes te selecteren die nodig zijn voor het bepalen van het aantal drugsgerelateerde sterfgevallen. Internationaal gezien is de drugssterfte in Nederland gering. Dit kan het gevolg zijn van het kleine aantal problematische drugsgebruikers en van beschermende factoren, zoals een groot bereik van de

methadonverstrekking, aanwezigheid van gebruiksruiden en een laag percentage injecterende drugsgebruikers.

Onderzoek door De Zwart en Wieman (2001) suggereert echter dat de cijfers van het CBS een onderschatting vormen van het werkelijke aantal sterfgevallen door drugsgebruik. Zij hebben de registratiepraktijk van de drugssterfte in Nederland in kaart gebracht en een vergelijking gemaakt tussen de nationale Doodsoorzakenstatistiek en de lokale registratiegegevens. Factoren die bij de onderschatting een rol spelen, betreffen enerzijds inclusiecriteria en anderzijds onderrapportage.

Inclusiecriteria spelen een rol doordat de Doodsoorzakenstatistiek alleen gegevens bevat van personen die in de Gemeentelijke Basisadministratie (GBA) zijn ingeschreven. Dit betekent dat mensen die illegaal in Nederland verblijven of korter dan zes maanden, en/of niet de intentie hebben zich in Nederland te vestigen, niet worden opgenomen. Overleden buitenlandse drugsgebruikers vallen dus grotendeels buiten deze statistiek. Deze groep komt wel in beeld in lokale registratiegegevens, bijvoorbeeld in de OGGZ Monitor van de GGD Amsterdam (Van Brussel & Buster, 2005). Via deze lokale Amsterdamse monitor kwam met name in de jaren tachtig van de vorige eeuw de sterfte onder Duitse drugstoeristen in beeld. De doodsoorzakenstatistieken van de landen van de Europese Unie zijn op dit punt nog niet gestandaardiseerd. Sommige lidstaten tellen buitenlanders (bijv. toeristen) wel mee, andere lidstaten zoals Nederland doen dat niet voor buitenlanders die niet staan ingeschreven in het bevolkingsregister.

Onderrapportage komt onder andere door de wijze van coderen van sterfte in de Doodsoorzakenstatistiek. Drugsgebruik is niet altijd meer te herkennen, bijvoorbeeld doordat de sterfte onder een natuurlijke doodsoorzaak wordt gecodeerd, zoals een hartaandoening of herseninfarct bij cocaïnegebruik. Onderrapportage ontstaat ook doordat in Nederland gevallen van acute drugssterfte vaak niet bij schouwartsen terechtkomen en doordat niet alle schouwartsen gericht op zoek gaan naar het aandeel van drugs in de sterfte. Hun taak is dan ook primair gericht op het uitsluiten van een delict.

Tabel 2

	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Totaal
0-14	2	-	-	2	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6
15-34	46	58	45	38	42	46	44	42	49	54	43	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	507
35-64	7	10	8	11	11	20	30	32	25	30	25	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	209
≥65	2	-	1	-	2	3	6	1	1	3	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	21
6: <15	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1
7: 15-19	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	1	2	3	4	3	2	2	1	2	24
8: 20-24	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	5	11	6	12	11	2	4	6	15	74
9: 25-29	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	35	21	19	12	20	18	12	11	14	7	169
10: 30-34	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	20	23	20	25	22	25	15	22	18	23	213
11: 35-39	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	22	25	18	31	21	26	27	21	26	17	234
12: 40-44	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	12	14	16	18	21	23	18	13	21	14	170
13: 45-49	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	8	8	9	13	19	12	15	17	21	127
14: 50-54	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	4	6	3	5	11	5	9	14	12	70
15: 55-59	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	3	6	3	6	2	7	2	4	2	36
16: 60-64	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	1	2	2	1	1	-	2	1	7	19
17: ≥65	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	3	2	3	6	5	2	3	5	2	35
Totaal	57	68	54	51	56	70	80	75	75	87	70	108	108	110	115	131	144	103	104	127	122	1915

Tabel 4

Leeftijd	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
0-34	84	85	83	78	77	67	55	56	65	62	61	56	46	47	40	44	40	31	38	31	39
35+	16	15	17	22	23	33	45	44	35	38	39	44	54	53	60	56	60	69	63	69	61
Totaal	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

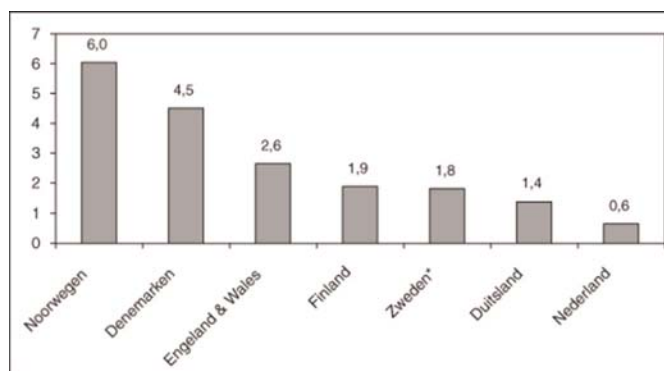
Tabel 5

	1985-1987	1988-1990	1991-1993	1994-1996	1997-1999	2000-2002	2003-2005
0-34	151	130	135	158	148	147	125
35 +	28	47	95	107	185	231	228
Totaal	179	177	230	265	333	378	353

Tabel 6

	1985-1987	1988-1990	1991-1993	1994-1996	1997-1999	2000-2002	2003-2005
≥34 jaar	84	73	59	60	44	39	35
≥35 jaar	16	27	41	40	56	61	65
Totaal	100	100	100	100	100	100	100

Figuur 3. Drugsgelateerde sterfte: vergelijking tussen zes lidstaten van de Europese Unie en Noorwegen. (Zie ICD-10-codes bij figuur 1.) Voor een betere vergelijkbaarheid telt code T40.4 in Zweden niet mee. (Bron: EMCDDA.)



Ontdekken de schouwartsen wel tekenen van drugsgebruik, dan wordt deze informatie niet altijd doorgegeven aan het CBS. Dit gebeurt in het bijzonder als de informatie pas later uit een sectie naar voren is gekomen.

Studies wijzen echter op sterke correlaties tussen trends in de drugssterfte op basis van doodsoorzakenstatistieken en trends gebaseerd op forensische registers, die doorgaans een vollediger en gedetailleerder beeld geven van de drugssterfte (Boylan & Ho, 2004; Van Laar e.a., 2001). Voor monitoringdoeleinden zijn Doodsoorzakenstatistieken daarom een belangrijke bron van informatie, te meer omdat zij betere mogelijkheden bieden voor internationale vergelijkingen. Het EMCDDA benadrukt wel de noodzaak om aanvullend toxicologische gegevens te verzamelen uit andere bronnen, zoals uit forensisch onderzoek, om meer zicht te krijgen op de aard van de drugssterfte.

Tot besluit

De Werkgroep Drugsgelateerde sterfte is onlangs begonnen met een dossieronderzoek naar de sterfgevallen bij het NFI waarbij toxicologisch onderzoek drugsgebruik heeft aangetoond. Hoewel het NFI slechts een fractie van de drugsgelateerde doden in Nederland

onderzoekt, kunnen de gegevens gekoppeld aan de data uit de Doodsoorzakenstatistiek leiden tot een beter overzicht van de drugsgelateerde mortaliteit. Andere mogelijkheden voor verbetering van de sterftegegevens zijn het opzetten van een uniform registratiesysteem op lokaal niveau en het implementeren van een protocol voor schouwartsen voor het signaleren en registreren van drugsgebruik bij onnatuurlijke sterfte.

Of verbetering van de registratie er toe leidt dat de drugssterfte in Nederland internationaal op een geheel andere plaats komt te staan, is niet bekend. Aannemelijk is zo'n uitkomst echter niet. Zelfs een verdubbeling van de aantallen zou het relatief gunstige beeld niet veranderen. Tot op heden is nog niet systematisch onderzocht in hoeverre de diverse registraties van de drugssterfte, bijvoorbeeld in de verschillende landen van de Europese Unie, een volledig beeld geven. Studies in verschillende lidstaten suggereren dat de meeste algemene doodsoorzakenstatistieken een bepaalde mate van onderrapportage geven wanneer zij worden vergeleken met speciale politie- en forensische registers, waarin veel meer informatie beschikbaar is over de aard van de sterfte (Van Laar & De Zwart, 1998). Alleen landen als Zweden, waar alle sterfgevallen waarbij een vermoeden is van drugsgebruik wettelijk verplicht worden onderzocht op drugs via autopsie en toxicologische analyses, kunnen aanspraak

Tabel 3

	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
0-34	48	58	45	40	43	47	44	42	49	54	43	61	50	52	46	58	57	32	39	39	47
35 +	9	10	9	11	13	23	36	33	26	33	27	47	58	58	69	73	87	71	65	88	75
Totaal	57	68	54	51	56	70	80	75	75	87	70	108	108	110	115	131	144	103	104	127	122

Tabel 7

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Noorwegen			4,3	3,9	5,9	5,0	7,7	8,2	6,0	
Denemarken	5,5	4,1	4,6	4,8	4,5		4,5	4,5		
Engeland en Wales									2,6	
Finland			2,1	1,9	1,7	2,3	2,6	2,1	1,9	1,9
Zweden				1,5	1,6	1,8	2,2	1,9	1,8	
Duitsland					1,6	1,6	1,8	1,5	1,4	
Nederland			0,7	0,7	0,7	0,7	0,8	0,9	0,6	0,6
	2002/2001									
Noorwegen	6,0									
Denemarken	4,5									
Engeland en Wales	2,6									
Finland	1,9									
Zweden	1,8									
Duitsland	1,4									
Nederland	0,6									

maken op een meer volledige registratie. Op grond van de gegevens die tot nu toe voorhanden zijn, luidt echter al met al de conclusie dat Nederland een relatief gunstig beeld toont.

De relatief lage drugssterfte is een indicatie voor het succes van het Nederlandse ‘harm-reduction’-beleid. Het is aannemelijk dat door dit ‘harm-reduction’-beleid er minder harddrugsgebruikers zijn in Nederland, de harddrugsgebruikers die er zijn minder snel een overdosis krijgen en bij het optreden van een overdosis sneller adequate hulp ontvangen om te voorkomen dat de overdosis tot de dood zal leiden. Zo kunnen gebruikersruimten een cruciale rol spelen in het terugdringen van de drugssterfte, al is hiervoor nog geen hard bewijs geleverd. Via gebruikersruimten kunnen harddrugsgebruikers worden bereikt met voorlichting over het voorkomen van een overdosis. Krijgt een gebruiker desondanks een overdosis binnen, dan kunnen daartoe geschoolde medewerkers van de gebruikersruimte zorgen voor passende hulp. Ook is aangetoond dat methadonverstrekking een beschermend effect heeft op overdosissterfte.

Literatuur

- Boylan, R.T., & Ho, V. (2004). Tracking variations in cocaine deaths across US cities. *Addiction Research and Theory*, 12, 461–468.
- Brussel, G.H.A. van, & Buster, M.C.A. (2005). *OGGZ Monitor Amsterdam 2002, 2003, 2004: inclusief de jaarcijfers over problematische opiaatverslaafden en uitgaansdrugsongevallen*. Amsterdam: GGD Amsterdam.
- EMCDDA (2005). *Jaarverslag 2005. Stand van de drugsproblematiek in Europa*. Lissabon: Europees Waarnemingscentrum voor Drugs en Drugsverslaving.
- IVZ (2003). *Kerncijfers verslavingszorg 2003, Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS)*. Houten: Stichting Informatie Voorziening Zorg.
- Laar, M.W. van, Cruts, A.A.N., Verdurmen, J.E.E., Ooyen-Houben, M.M.J. van, & Meijer, R.F. (Eds.) (2006). *Jaarbericht 2005, Nationale Drug Monitor (NDM)*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Laar, M. van, Cruts, G., Vicente, J., Frost, N., Hartnoll, R., e.a. (2002). *The DRD-standard, version 3.0, EMCDDA standard protocol for the EU member states to collect data and report figures for the key indicator drug-related deaths by the standard Reitox tables*. Lissabon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- Laar, M. van, Cruts, G., Vicente, J., Hartnoll, R., e.a. (2001). *Co-ordination of the implementation of the EMCDDA standard guidelines on the drug-related deaths indicator in the EU member states, and the collection and analysis of information on drug-related deaths*. Lissabon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- Laar, M. van, Zwart, W. de, e.a. (1998). *Feasibility study of the implementation of the proposals given in the final report of Reitox sub-task 3.3. to improve the quality and comparability of data on drug-related deaths*. Lissabon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- SIRUS (2004). *The drug situation in Norway 2004*. Oslo: SIRUS.
- WHO (1992). *International statistical classification of diseases and related health problems (10th revision, vol. 1)*. Genève: World Health Organization.
- Zwart, W.M. de, & Wieman, A.W. (2001). *De registratie van drugsgerelateerde sterfte in Nederland: een verkenning van de praktijk op centraal en lokaal niveau*. Utrecht: Trimbos-instituut.